

UNO STUDIO SU 20 PAZIENTI VOLONTARIE

Endermologie® anche per le grandi obesità

Ottimi i risultati preliminari dell'applicazione della tecnica LPG® a donne obese operate per grande obesità

di Gianfranco de Lorenzis

Epidemiologia ed interesse sociale

Mentre nel passato il sovrappeso era una situazione strettamente correlata ad uno stato di agiatezza economica con l'insorgere della globalizzazione, l'era dei fast food e dell'ozio telematico la tendenza si è invertita trasformando la condizione 'privilegiata' dei ricchi in una grave patologia, l'**obesità morbida**, che interessa oramai tutti i ceti sociali. Quando il BMI (l'indice di massa corporea, ottenuto dividendo il peso totale con il quadrato dell'altezza espressa in metri) supera il valore di 40 si entra nello stadio III dell'obesità e la salute del soggetto e la sua stessa sopravvivenza è minata da una infinita serie di comorbilità e comorbosità, fra cui diabete e altre malattie endocrine, neoplasie, artropatie, ipertensione, cardiopatie, insufficienza ventilatoria e tante altre. I dati epidemiologici più aggiornati evidenziano che l'obesità grave, con le patologie correlate, si colloca ai primi posti in assoluto fra le cause di morte; i costi sociali complessivi per tale patologia superano ampiamente la spesa per malattie oncologiche. In Italia il fenomeno è in netto incremento (complessivamente si calcolano oltre 500mila persone affette da obesità morbida), specie al Sud. Al Nord il triste primato spetta all'Emilia Romagna.

Tipo di intervento praticato e perché

Nell'ambito dell'impegno di *équipe* mediche multidisciplinari, la Chirurgia Bariatrica ormai da anni svolge un ruolo di primaria importanza; il beneficio sociale ed economico che deriva dall'aiutare i soggetti obesi ad abbassare il proprio BMI è a dir poco sorprendente. Occorre ricordare che alla Chirurgia Bariatrica vanno indirizzati pazienti per i quali è dimostrato l'insuccesso di ripetuti tentativi dietetici associati a psicoterapia di sostegno. In linea di massima i pazienti devono superare il BMI di 40 (o di 35 in caso di gravi patologie concomitanti). Ma quale tipo di chirurgia consigliare?

Esistono sostanzialmente due vasti compartimenti di scelta:

1. INTERVENTI RESTRITTIVI, vale a dire interventi che in modi diversi si prefiggono lo scopo di 'ostacolare' il transito alimentare, costringendo i pazienti ad una maggiore attenzione riguardo ai cibi scelti, alle modalità di masticazione e di assunzione degli alimenti. Si tratta di provvedimenti di rieducazione alimentare, di opzioni molto efficaci se applicate a pazienti motivati, collaboranti e adeguatamente sostenuti dal dietologo e dallo psicologo. Sono interventi reversibili, quasi sempre ef-

fettuabili in videolaparoscopia, non gravati da percentuali di complicanze allarmanti. I più noti sono

- il **'Palloncino gastrico'** che consiste nel posizionamento per via endoscopica di un dispositivo che viene gonfiato e abbandonato nello stomaco per circa 6 mesi, periodo massimo al termine del quale il dispositivo viene sgonfiato ed estratto;
- il **'Bendaggio gastrico'**. Utilizzando un anello il cui calibro è regolabile dall'esterno, attraverso un port sottocutaneo, si determina una modifica morfo-funzionale dello stomaco, che viene deformato a 'clessidra', con una tasca gastrica molto piccola, iuxta-cardiale, la cui distensione al passaggio di modiche quantità di cibo induce i pressocettori del fondo gastrico a segnalare alle aree deputate del SNC un precoce segnale di sazietà.

2. INTERVENTI MALASSORBITIVI. Nella sostanza si tratta di atti chirurgici finalizzati a modificare la fisiologia dell'assorbimento intestinale. I più noti sono:

- il **by-pass digiuno-ileale** che esclude funzionalmente la maggior parte del tenue;
- il **by-pass bilio-pancreatico** propone una modificazione selettiva dell'assorbimento enterico dei lipidi;
- il **by-pass gastrico** associa alcuni presupposti della chirurgia gastrica restrittiva all'esclusione funzionale di una parte di intestino.

Anche nella essenzialità di questa schematizzazione si evince che si tratta di metodiche più aggressive, non reversibili, gravate da maggiori complicanze, a volte anche gravi. A giudizio universale gli interventi malassorbitivi si devono riservare a condizioni di obesità molto grave o a pazienti affetti da gravi disordini alimentari o psichiatrici. Allo studio in corso, per

omogeneità di risultati sono state arruolate solo pazienti di sesso femminile, sottoposte ad intervento di bendaggio gastrico regolabile applicato con tecnica videolaparoscopica

GIANFRANCO DE LORENZIS



Nato a Lecce nel 1953 si laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Ateneo di Parma, con lode nel luglio del 1977.

Ottiene la Specialità in Chirurgia Generale presso la II Clinica Chirurgica della stessa Università nel luglio del 1982 dopo un intenso lavoro di ricerca sull'induzione dell'obesità negli animali da esperimento e sul confronto dei risultati delle metodiche malassorbitive. Nella sua tesi di Specialità propone una tecnica sperimentale di bendaggio gastrico. Gli anni successivi lo impegnano nel campo della Chirurgia Oncologica e nella ricerca sulla Chirurgia senza sangue. Da alcuni anni impegnato nuovamente nella Chirurgia Barietrica, è Socio SICOB (Società Italiana per la Chirurgia dell'Obesità) e Responsabile del Centro per la Chirurgia dell'Obesità della Casa di Cura Città di Parma.

Per ulteriori informazioni:
www.dottorgianfrancodelorenzis.it

Problematiche in pazienti con calo ponderale medio-alto

Le metodiche chirurgiche permettono un calo ponderale quasi sempre soddisfacente; in media le pazienti manifestano entro un anno un dimagrimento pari ad almeno il 60% della massa grassa in eccesso (EBWL). Occorre aiutare le pazienti a dimagrire ma con criterio: un calo di peso troppo repentino indebolirebbe il tessuto connettivo, senza dare il tempo alla pelle di adeguarsi alle nuove dimensioni con il risultato di ottenere per-

dita dell'elasticità e della tonicità cutanea come accade ad un palloncino gonfiato al massimo e poi rilasciato! Per questo, un calo di 1 kg alla settimana con appositi accorgimenti è il ritmo giusto per evitare danni irreparabili. Ma quando i chili persi diventano diverse decine, accanto all'entusiasmo per i risultati ponderali si evidenziano problemi estetici vistosi.

I più evidenti sono:

- **DERMOCALASIA** (decadimento tissutale): architettura connettivale dei tessuti devastata a carico di cosce, glutei, viso, collo, addome, braccia e mammelle;
- **ADIPOSITÀ DISTRETTUALI**, in zone 'indesiderate', specialmente su glutei e cosce in donne affette da obesità ginoide; grembiuli adiposi penduli addominali;
- **PEFS** (Panniculopatia EdematoFibroSclerotica) ossia cellulite di stadio III o IV diffusa, ovviamente preesistente, ma resa più evidente dalla progressiva diminuzione delle aree di grasso metabolicamente attive.

Perché si verifica questo? In effetti è noto che il grasso di deposito più periferico, spesso, nei grandi obesi, si crea un proprio distretto funzionale, sequestrato, estraniato dal resto del corpo e pertanto indifferente alle necessità metaboliche dell'organismo; si arriva al paradosso di obesi che perdono massa muscolare, conservando enormi depositi adiposi, quasi completamente avascolari. Un considerevole aumento dell'attività fisica e un corretto supporto dietoterapico sono sicuramente utili, ma spesso, non sufficienti a correggere la situazione. Di regola tali soggetti sono candidati ad ulteriori interventi di chirurgia plastica quali addominoplastica, mastoplastica riduttiva o mastopessi; *lifting* di coscia o liposuzioni più o meno va-

ste, che comportano ulteriori spese, disagi e rischi. Nel tentativo di ovviare a tali comuni sequele del dimagrimento successivo a terapia chirurgica, abbiamo cercato, nel vasto universo dei presidi elettromedicali, qualcosa che ci aiutasse a stimolare la neovascolarizzazione delle zone adipose sequestrate, che facilitasse il drenaggio linfatico distrettuale, che sottoponesse il tessuto connettivo a una sorta di 'stretching', che ne favorisse recupero, elasticizzazione, stimolando i fibroblasti e rimuovendo il più possibile i residui catabolici. Il risultato sperato riguarda un calo ponderale omogeneo, con buon riscontro estetico, tessuti più tonici ed elastici, meno residui adiposi, meno indicazioni a chirurgia plastica supplementare. Dopo attenta ricerca ci è sembrato che la tecnologia 'Endermologie' di LPG, universalmente nota per il trattamento di cellulite e adiposità localizzate, con opportuni accorgimenti, fosse la più indicata per le nostre esigenze.

Tecnica LPG® - presupposti di funzionamento

'CELLU M6® Keymodule i' di LPG®, è un dispositivo medico che deve essere utilizzato da personale adeguatamente addestrato e qualificato, sulla guida di un Medico responsabile. È un'apparecchiatura computerizzata che comanda una serie di manipoli intercambiabili a seconda del tessuto trattato: comandati da un sofisticato apparato, due rulli motorizzati esercitano un massaggio biotecnomeccanico sul tessuto connettivo profondo, con movimenti di arrotolamento-srotolamento-aspirazione. La tecnologia permette manipolazioni tissutali a presa più o meno profonda; un apposito cursore permette l'avvicinamento o l'allontanamento dei rulli; la doppia motoriz-

zazione indipendente dei rulli, associata ad aspirazione, continua o pulsata della plica trattata, permette di sottoporre il tessuto adiposo ed il connettivo limitrofo ad operazioni che determinano una poderosa mobilizzazione del grasso, permettendo un rimodellamento strutturale, il ripristino circolatorio e linfatico, ed ottenendo un 'effetto *lifting*' sui tessuti. La possibilità di modulare la sequenzialità del trattamento, regolando l'alternanza del ciclo presa/pausa permette di ottenere un incremento del flusso sanguigno in modalità aspirazione continua o di eliminare l'edema distrettuale in modalità pulsata.



Materiali e metodi

Dopo un accurato studio della morfologia di ciascuna paziente, si prescrivono i cicli necessari, istruendo il personale sulle modalità di lavoro e sugli obiettivi da raggiungere. Si inizia con sedute effettuate due volte alla settimana durante le quali il trattamento viene personalizzato sulla base del dimagrimento e della risposta tissutale alla metodica. Una volta ottimizzato il risultato individuale si passa a successive sedute settimanali di mantenimento. La paziente sottoposta ad 'Endermologie' indossa una tuta speciale (Bodywear-LPG), per la salvaguardia dell'igiene, del pudore e della fluidità delle manovre. Abbiamo selezionato un gruppo di 20 pazienti volontarie di età compresa fra i 23 e i 58 anni e con BMI compresi fra 40 e 61 trattato con LPG 'Endermologie' confrontato con un gruppo non trattato omogeneo per età, BMI di partenza e dimagrimento ottenuto (ESWL). Tutte le pazienti sono state sottoposte ad intervento di bendaggio gastrico regolabile posizionato con tecnica videolaparoscopica; il *follow-up* mediano è di circa 11 mesi. Oltre ai rilievi antropometrici di routine (peso, altezza, circonferenza torace, fianchi, bacino, cosce, gambe e caviglie), sono in analisi anche gli indici plicometrici e densitometrici, ecografia del pannicolo adiposo e documentazione fotografica digitale con postazione 'Results 6' relativa alla PEFS e alla silhouette corporea.

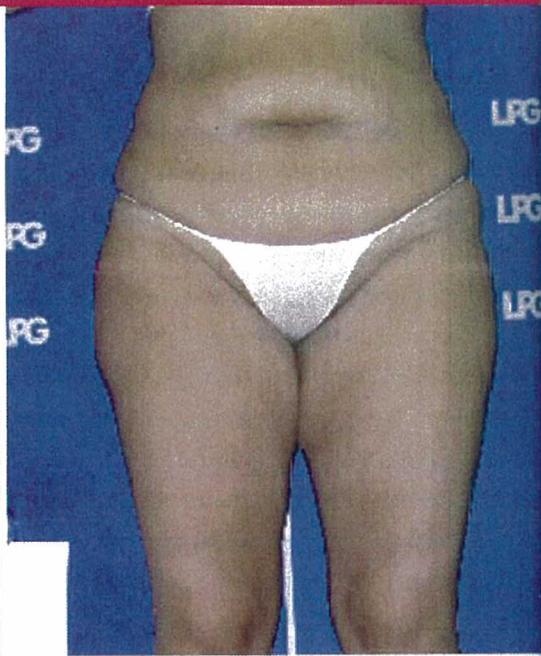
Risultati preliminari

Occorre specificare che trattandosi di casi clinici molto disparati, è difficile comparare correttamente, in termini scientifici, campioni omogenei di paragone. Al mo-



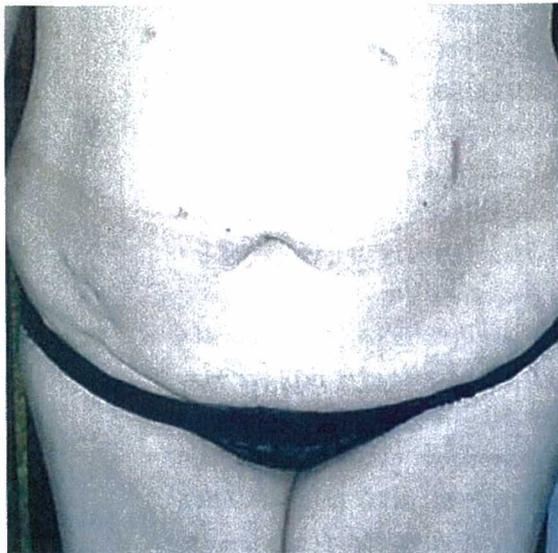
L.M.

PRIMA - 50



L.M.

DOPO - 51,3



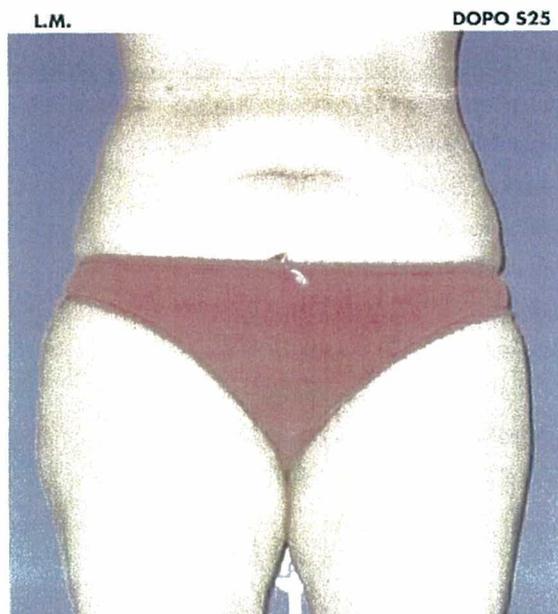
S.S.

PRIMA - 50



S.S.

NON TRATTATA CON LPG



L.M.

DOPO 52,5

Le due pazienti L.M. e S.S. nelle foto sono sovrapponibili per età, BMI di partenza, EBWL ottenuto a sei mesi dall'intervento. Le foto iniziali (50) sono effettuate, indifferentemente o subito prima o immediatamente dopo l'intervento, prima che inizi il dimagrimento.

A fianco: È interessante notare, nel caso della paziente sottoposta a trattamento LPG l'ulteriore miglioramento della silhouette e della tonicità tissutale anche dopo ulteriori 4 mesi: il BMI è ridotto a 27; il numero di trattamenti LPG è 25.

mento sono suggestivi i risultati favorevoli riscontrati confrontando alcune coppie di pazienti realmente sovrapponibili per età, peso di partenza, dimagrimento totale. La valutazione clinica, specialmente per quanto riguarda la silhouette complessiva depone a favore del gruppo sottoposto al trattamento LPG 'Endermologie'. In particolare, laddove il calo ponderale è stato tale da avvicinarsi a condizioni di peso ideali, la tonicità dei tessuti, l'elasticità, gli indici plicometrici depongono per un dimagrimento più armonico per il gruppo trattato. La documentazione fotografica conferma le osservazioni obiettive.

Presupposti di lavoro futuro

Il progressivo incremento del numero dei casi controllati e l'allungamento del *follow-up* permetterà di valutare, oltre al risultato sulla cellulite distrettuale e sull'estetica globale, quante pazienti complessivamente saranno candidabili ad interventi di chirurgia plastica per la correzione dei difetti anatomici residuati al calo ponderale. Si può tuttavia già osservare che la totalità delle pazienti sottoposte al trattamento adiuvante LPG hanno riferito un miglioramento soggettivo delle condizioni generali, della circolazione degli arti oltre ad un miglioramento evidente della PEFS. ■

I RISULTATI DELLO STUDIO TORCH

BPCO: meno morti con terapia combinata

Per la prima volta un trattamento farmacologico (associazione tra salmeterolo e fluticasone), pur non raggiungendo la significatività statistica, mostra una riduzione del 17,5 per cento della mortalità nei pazienti affetti da questa malattia. Lo dicono i risultati dello studio TORCH pubblicati sul *New England Journal of Medicine*. Registrati anche un miglioramento della qualità della vita ed un calo delle recidive che conducono al ricovero ospedaliero nei soggetti trattati rispetto a placebo. "Lo studio - spiega il prof. Alberto Papi, del Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale dell'Università di Ferrara - ha dimostrato l'efficacia di questa associazione farmacologica anche nel ridurre le riacutizzazioni e nel migliorare i sintomi, la qualità della vita e la funzione respiratoria anche rispetto all'uso continuativo dei farmaci inalatori usati singolarmente (broncodilatatore e cortisonico)". Ma soprattutto "l'utilizzo del farmaco nel corso di 3 anni ha contribuito a ridurre la mortalità in questa popolazione di pazienti con BPCO moderata-grave del 17.5% rispetto ai non trattati. Ancorché ai limiti della significatività statistica - prosegue Papi - questo valore è paragonabile alla riduzione di mortalità ottenibile con la sospensione del fumo di sigaretta e all'effetto dalle statine sulla mortalità nelle patologie cardiovascolari. Queste evidenze aprono una svolta nelle prospettive di trattamento della BPCO fino a qualche tempo fa insperate". (M.R.)